様式第３号（第３条関係）

**廃止・休止・再開届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

大河原町長　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃　止　・休　止　・　再　開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| （廃止・休止した場合のみ）  現に居宅介護支援を受け  ている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 　　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　事業を廃止または休止する場合、その日の１月前までに届け出てください。

事業を再開する場合、施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。